

DOCTEUR
BOURREL

Médecine Esthétique



CABINET MÉDICAL ET ESTHÉTIQUE
MÉDECINE GÉNÉRALE
MÉDECINE MORPHOLOGIQUE ET ANTI-ÂGE
33, RUE DE LA PREFECTURE
88000 EPINAL

Consultations sur rendez-vous
TEL : 03 29 82 39 53

Consentement éclairé taches pigmentaires

Nom :

Prénom :

Sexe:

Date de naissance :

Adresse :

CP :

Ville :

Le laser Gentle Max Pro est un appareil doté de la longueur d'onde 755 nm permettant de traiter les taches pigmentaires. Le faisceau laser émis de ce dispositif est absorbé par la mélanine de la tache pigmentaire, permettant d'éliminer le pigment et ainsi d'éclaircir la zone. Je comprends que le protocole complet peut nécessiter plusieurs séances. Je reconnais que la pratique de la médecine n'est pas une science exacte et qu'aucune garantie de résultat ne m'a été donnée concernant la procédure désignée.

Mes yeux seront couverts avec une protection spécifique ou un dispositif opaque afin de les protéger de la lumière intense. Je ne tenterai pas de les enlever durant le traitement.

D'autres méthodes de traitement pour cette indication m'ont été exposées de façon à ce que je puisse évaluer les bénéfices et les risques inhérents à chaque méthode.

Le traitement laser peut être ressenti comme une légère piqure d'aiguille ou une sensation de chaleur qui durera quelques heures.

J'ai été informé des risques et complications suivants pouvant survenir suite à la procédure de traitement :

- Purpura (traces bleues/ noires)
- Hypopigmentation (taches claires)
- Hyperpigmentation (taches foncées)
- Rougeurs, gonflements, bleus, cloques, changements de texture, cicatrices...

Généralement, lorsque ces effets secondaires se manifestent, ils sont temporaires et se résorbent en quelques jours, semaines, voire mois, mais pourraient être permanents. J'ai bien compris qu'un effacement complet peut ne pas être possible ou peut nécessiter plusieurs traitements pour des résultats optimaux. L'inconfort peut être réduit par l'application de compresses froides ou d'agents topiques apaisants.

Je m'engage à suivre les instructions de soin pré et post traitement que vous me prescrirez. Je comprends que l'exposition au soleil avant traitement et après traitement n'est pas conseillée, pouvant augmenter le risque de complication. Je respecte le délai de non exposition indiqué par le médecin lors de ma consultation. Des soins inappropriés sur la zone traitée peuvent augmenter les risques d'apparition de cicatrices ou de changement de texture.

J'accepte la prise de photos durant le traitement laser pour le suivi du traitement.

Le traitement laser nécessite de respecter quelques contre-indications :

- Possédez-vous un implant électrique ou métallique comme un pacemaker ou un défibrillateur ?

Non **Oui** (Si oui, vous ne pourrez pas suivre un traitement)

- Utilisez-vous des préparations vitaminées ? ou des compléments alimentaires ?

Non **Oui** (Attention vitamines A et K photo sensibilisantes, l'œnobiol solaire également)

- Vous exposez-vous souvent au soleil, solarium, ou utilisez-vous des produits bronzants et/ou autobronzants ?

Non **Oui** (Si oui, vous devez attendre 1 mois minimum avant une séance)

- Etes-vous enceinte ? ou allaitez-vous ? **Non** **Oui**

- Avez-vous un tatouage sur la zone de traitement ?

Non **Oui** (Si oui, le traitement ne pourra être réalisé qu'à 1,5 cm autour de ce tatouage)

- Prenez-vous des médicaments ? Si oui lesquels ?

.....
.....

Je confirme que j'ai informé le personnel de toute condition médicale en cours ou passé, de maladie ou de prise de médicament.

Je reconnais avoir eu la possibilité de vous poser toutes les questions concernant cette procédure, et que j'ai pris note, outre des risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée des effets. Je déclare avoir répondu complètement et honnêtement à toutes les questions et déclare signaler les changements éventuels lors de séances ultérieures. Je déclare avoir lu et compris les conditions du traitement et déclare me tenir à ces conditions. Je désire suivre le traitement laser de mon plein gré et sous ma pleine et entière responsabilité.

J'autorise le Dr. Olivier BOURREL à réaliser le traitement des taches pigmentaires.

A _____, le _____

Signature (à faire précéder de la mention manuscrite « lu et approuvé »)